様式第２号（第６条関係）

鏡石町一般不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療等を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　印

＊医療機関記入欄

（ふりがな） 夫氏名	（　　）	（ふりがな） 妻氏名	（　　）
生年月日	年　月　日（　歳）	生年月日	年　月　日（　歳）
今回の証明に係る治療期間	年　月　日　～　年　月　日		
不妊検査・治療の内容	□　タイミング法 □　人工授精（　　回） □　その他 （　　）		

	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の自己負担額	本人負担額②
		医療費総額	本人負担額①		
本人負担額の内訳	年　月分				
	年　月分				
	年　月分				
	年　月分				
	年　月分				
	年　月分				
治療にかかった金額合計	領収金額　　円（①＋②）				

注１　当該患者に関して行った不妊治療（特定不妊治療を除く。）に係るもののみご記入下さい。
２　□は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。
３　院外処方による薬局徴収分がある場合、「本人負担額②」を院外薬局に記載してもらう必要があります。
４　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
５　一度に申請可能な治療期間は枠内の６か月分となります。なお、治療期間６か月分の最終月（網かけの枠）から６か月以内が申請期限のため、速やかな証明書発行をお願い致します。